FOLLETO SOBRE REGISTRO Y BENEFICIOS A VETERANOS

VISN 8
VA Sunshine Healthcare Network

2004

Revisado: 9 de Julio de 2004

Puntos de Contactos

Enrollment Center Numbers

Bay Pines VA Medical Center
10000 Bay Pines Blvd.
Bay Pines, FL 33744
727-398-9484

North Florida/South Georgia Veterans Health System
Gainesville VA Hospital
1601 SW. Archer Road
Gainesville, FL 32608
352-376-1611 x7348

Lake City VA Hospital
619 South Marion Avenue
Lake City, FL 32025
386-755-3016 x2059 or 3291

Miami VA Medical Center
1201 NW 16th Street
Miami, FL 33125
305-324-4455

San Juan VA Medical Center
10 Casia Street
San Juan, Puerto Rico 00921
787-641-7582

James A. Haley Veterans' Hospital
13000 Bruce B. Downs Blvd.
Tampa, FL 33612
813-972-2000 (select prompt #4)
Toll Free 888-716-7787 (select prompt #4)

West Palm Beach VA Medical Center
7305 N. Military Trail
West Palm Beach, FL 33410
561-422-6838 (select prompt #4)
Toll Free 866-383-9036 (select prompt #4)

VA Web Site Addresses

Department of Veterans' Affairs
http://www.va.gov

Online Enrollment Form 10-10EZ
https://www.1010ez.med.va.gov/sec/vha/1010ez

Most Requested Benefit Application and Information Forms
http://www.vba.va.gov/pubs/forms1.htm

Federal Benefits for Veterans and Dependents
https://www.va.gov/pubaff/fedben/Fedben.pdf

Military Personnel Records Center
http://www.archives.gov/

Por favor tenga en mente que esta información es de acuerdo a la fecha de este folleto.

Revisado: 9 de Julio de 2004

VISN 8
VA Sunshine Healthcare Network

Tabla de Contenido **Página**

Beneficios Uniformes del Cuidado de Salud del VA 1
- **Elegibilidad** 1
- **Registro** 2
- **Evaluación Financiera** 4
- **Grupos de Prioridad** 5
- **Programación y Citas** 8

Beneficios del VA 9
Elegibilidad Especial para Veteranos de Combate 15
Beneficios de Cuidado Dental 16
Beneficios de los Dependientes 17
Cuidado de Emergencia en Facilidades Que no Son Del VA 18
Beneficios de Cuidado Extendido del VA 20
- **Seguros Médicos** 23

Co-pagos en Breve 25
- **Cuidado Hospitalario** 25
- **Cuidado Ambulatorio** 25
- **Medicamentos** 27
- **Cómo Entender su Estado de Cuentas del VA** 29
- **Servicios de Cuidado Médico Extendido** 30
- **Preguntas Más Frecuentes Sobre el Co-pago Del Cuidado Extendido** 31

BENEFICIOS UNIFORMES DEL CUIDADO DE LA SALUD DEL VA

Los Beneficios Uniformes

En octubre del 1996, el Congreso aprobó la ley Pública 104-262, el Acta de Reforma del 1996 sobre la Elegibilidad de Cuidado Médico para los Veteranos, la cual abrió el camino para la creación de un Conjunto Uniforme de Beneficios. La ley simplificó el proceso mediante el cual los veteranos pueden recibir servicios y mejoró la calidad y premura en el cuidado a los veteranos. Enfatiza en el cuidado preventivo y primario, y ofrece una gama completa de servicios hospitalarios y ambulatorios.

El VA le ha dado prioridad a mejorar la prestación de sus servicios a los veteranos. Nuestra meta es asegurar que la calidad y los servicios que usted recibe sean consistentes y excelentes en todas sus facilidades y programas.

Hemos hecho más fácil el que usted reciba cuidado de salud al abrir clínicas ambulatorias en muchas comunidades pequeñas. En la actualidad hay más de 1,300 centros de cuidado en el ámbito nacional. Esas facilidades le permiten a usted seleccionar la clínica u hospital del VA que le resulte más conveniente.

Para recibir servicios de salud en el VA usted debe registrarse en su sistema y luego en la facilidad que seleccione. Este folleto le ayudará a entender cómo hacerlo.

Elegibilidad

Para recibir beneficios en el VA, el veterano debe ser elegible, La palabra “elegibilidad” significa que usted puede recibir ciertos servicios o cuidados dependiendo de varios factores, tales como ingreso, tipo de licenciamiento y lesiones recibidas durante el servicio activo. Esto le será explicado próximamente.

La mayor parte de los veteranos que han sido licenciados honorablemente son elegibles para recibir los servicios del VA. El servicio militar activo significa servicio a tiempo completo como miembro del Army, Navy, Air Force, Marine Corps, Coast Guard, o como un oficial comisionado del Servicio de Salud Pública.

Los reservistas y los miembros de la Guardia Nacional son elegibles solamente si su unidad fue activada por orden ejecutiva. El veterano deberá tener una DD-214 por cada período de servicio activo cumplido.

Si usted sirvió en el servicio activo para propósitos de entrenamiento solamente, usted no es elegible para los servicios del VA.

Los veteranos de combate son ahora elegibles para servicios de salud gratuitos y casa de salud "Nursing Home" por un período de 2 años comenzando en la fecha de separación del servicio militar activo.

Registro

Regístrese ahora para recibir servicios.

Para recibir beneficios, los veteranos deben registrarse. Usted puede recoger su solicitud de registro en persona en cualquier centro médico o clínica del VA. Para localizar su facilidad más cercana, favor de referirse a los listados que aparecen en la contraportada interior de este folleto.

Usted puede registrarse por correo o por fax al llenar y firmar el formulario denominado "Application for Health Benefits" (Formulario 10-10EZ), junto con una copia de su hoja de licenciamiento militar (DD-214) la cual debe enviar al centro médico o clínica de su predilección.

Usted también puede registrarse vía Internet en www.va.gov, utilizando un formulario electrónico "Form 10-10EZ". Haga un "click" en "Health" bajo el título de "Online Applications" para encontrar el formulario.

Puede también llamar al coordinador de registro del VA en la facilidad del VA de su preferencia para ayuda adicional. Para preguntas adicionales, comuníquese con las Organizaciones de Servicio al Veterano de su Estado o Condado. ("Disabled American Veterans", "Veterans of Foreign Wars") etc. Refiérase a las páginas azules de gobierno en su guía telefónica local para los servicios en su área.

Registro

Reciba Servicios Médicos a través de todo el Sistema de Cuidado Médico del VA

El registrarse en el Sistema de Cuidado Médico del VA significa que usted recibe servicios de salud completos según lo indique su médico, cuando y en la facilidad que usted lo necesite. En otras palabras, una vez usted se haya registrado, usted puede recibir cuidado en cualquier facilidad del VA-sin repetir el proceso de solicitud durante el período de registro.

Tarjeta de Identificación Universal para Veteranos-"Universal Veteran Identification Card" (VIC)

La Tarjeta de Identificación Universal para Veteranos es expedida a los pacientes veteranos registrados que son elegibles para cuidado y servicios en las facilidades de cuidado de la salud del VA. Esta tarjeta puede utilizarse en todas las facilidades del VA e incluye la fotografía del paciente, un código de barra y una cinta magnética donde se guarda información específica del paciente.

Escoja la Mejor Facilidad del VA para Usted

Una vez se haya registrado, usted puede seleccionar una "facilidad de preferencia" para recibir cuidado primario. Una facilidad de preferencia es cualquier localidad de cuidado del VA-por ejemplo, un centro médico del VA o una clínica ambulatoria de la comunidad que usted identifique como el lugar donde usted desea recibir cuidado primario.

Si por alguna razón la facilidad seleccionada no puede proveerle el cuidado de salud que usted necesita, esa facilidad hará los arreglos para referirle a otra facilidad del VA que provea el cuidado que usted requiere.

Preguntas Frecuentes en el Registro

1. ¿Qué documentos necesito para el registro? Necesitará una copia de sus documentos de licenciamiento. Esta puede ser una DD-214, Certificado de Licenciamiento del Servicio Activo, una DD-215, o para los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, un formulario WD. Este documento es muy importante ya que indica la fecha del período de servicio, tipo de licenciamiento, rama de servicio en el cual sirvió y cualquiera otra información de importancia. Los veteranos que viajan frecuentemente deben tener consigo estos documentos, en caso de que le fuere solicitado por otra facilidad del VA.

La tarjeta de su seguro médico y/o Medicare debe ser presentada para que el VA pueda hacer copia y facturar a la compañía de seguro por cualquier tratamiento no relacionado al servicio militar que usted reciba.

2.¿Cómo puedo obtener una copia de una DD-214? Si usted no tiene una copia de su DD-214 puede obtener una copia comunicándose con el "National Personnel Records Center", Military Personnel Records, 9700 Page Blvd, St. Louis, MO 63132-5100, o visitando http://www.archives.gov/ en el Internet.

También puede comunicarse con una organización local de veteranos, como por ejemplo "Disabled American Veterans", "Veterans of Foreing Wars", etc. Usted puede solicitar una copia de su DD-214 completando el formulario estándar 180, "Request Pertaining to Military Records".

3.¿Por qué tengo que registrarme en el VISN 8? Ya me registré para cuidado en el VA en otra parte. ¿No tienen ustedes récord de esto? Usted sólo tiene que registrarse una vez para los beneficios de cuidado de salud del VA. Sin embargo, si usted visita otra facilidad del VA, puede que tenga que inscribirse en esa facilidad en particular para recibir cuidado. Usted debe tener siempre consigo una copia de su DD-214 para facilitar su registro.

EVALUACION FINANCIERA ("MEANS TEST")

1.¿Qué es un "Means Test" (Evaluación Financiera)? A todos los veteranos que no tienen condiciones conectadas con el servicio militar "Non-Service Connected NSC" ó conectadas con el servicio al 0 % que no están recibiendo beneficios económicos, se le requiere completar el "Means Test" anualmente. En tal caso, deberá proveer información al VA sobre sus ingresos anuales e ingresos netos para determinar si está por debajo o por encima del límite económico ajustado del "Means Test". El ingreso del núcleo familiar se considera cuando se realiza esta evaluación económica.

La evaluación financiera o "Means Test" incluye ingresos del Seguro Social, Retiro del Servicio Civil, Retiro del US Railroad, Retiro Militar, Retiro por desempleo, cualquier otro ingreso por retiro, todo salario de cualquier patrono, intereses, dividendos, compensación de trabajadores, beneficios de "Black Lung" y **otros ingresos brutos del año calendario anterior previo a la solicitud para cuidado médico**. También son considerados los activos tales como el valor de las acciones en el mercado, bonos, pagarés, las cuentas de IRA, depósitos bancarios, cuentas de ahorros y efectivo. Usted puede llenar el formulario VA 10-10EZ cuando usted aplica para registrarse. El VA puede comparar la información de ingresos provista por el veterano con la información que obtenga de la Administración de Servicios Sociales (Social Security Administración) y la Colecturía de Rentas Internas (Internal Revenue Service).

Los veteranos que rehúsen completar el "Means Test" (Evaluación Financiera) al momento de registrarse no se les permitirá programar citas futuras hasta que la Evaluación Financiera sea completada.

2.¿Qué es la "Evaluación Financiera Geográfica"?

En adición a comparar su nivel de ingreso con el límite económico ajustado, su ingreso se compara también con el límite económico ajustado de acuerdo a su área geográfica basado dónde usted tiene su hogar permanente. Esto significa que el costo de vida donde usted radica sus contribuciones determina la cantidad de los co-pagos como paciente hospitalizado.

Basados en sus ingresos, usted podrá ser elegible a recibir una tarifa reducida al momento de ser hospitalizado.

GRUPOS DE PRIORIDAD

Todos los veteranos que se registren para cuidado son colocados en un grupo de prioridad de registro del VA. Actualmente hay 8 grupos de prioridad diferentes. Su grupo de prioridad va a depender sobre si es o no un veterano con una condición relacionada al servicio militar. "SC veteran" o "NSC veteran". Si es un "Non-Service Connected "NSC" puede que su grupo de prioridad también dependa de sus ingresos.

PRIORIDAD 1

Veteranos con incapacidades conectadas al servicio militar de 50% o más.

PRIORIDAD 2

Veteranos con incapacidades conectadas al servicio militar de un 30% y 40%.

PRIORIDAD 3

- Veteranos que fueron Prisioneros de Guerra ("POW's").
- Veteranos con incapacidades conectadas con el servicio con un 10% y 20%.
- Veteranos licenciados de servicio activo con una incapacidad incurrida o agravada en servicio activo.
- Veteranos que recibieron el Corazón Púrpura.
- Veteranos con clasificación especial de elegibilidad bajo 38 U.S.C. Sección 1151 "Benefits for Individuals Disabled by Treatment for Vocational Rehabilitation".

PRIORIDAD 4

- Veteranos que están recibiendo asistencia y atención o beneficios por estar limitados a su hogar.

- Veteranos que el VA ha determinado que están incapacitados catastróficamente.

PRIORIDAD 5

- Veteranos con condiciones no conectadas al servicio militar "NSC" (que no reciben pagos de beneficios mensuales) y veteranos con condiciones conectadas al servicio militar clasificados con 0% de incapacidad, cuyo ingreso anual esté por debajo del límite de ingreso ajustado establecido.

- Veteranos que reciben beneficios de pensión del VA.

- Veteranos elegibles para los beneficios de MEDICAID.

PRIORIDAD 6

Todos los demás veteranos elegibles a quienes no se les requiere hacer co-pagos por su cuidado, incluyendo:

Veteranos de la Primera Guerra Mundial de la Frontera Mejicana.

Veteranos que solicitan cuidado exclusivamente por desórdenes asociados con: exposición a herbicidas mientras sirvieron en Vietnam; o

Exposición a radiaciones de yodo durante pruebas atmosféricas o durante la ocupación de Hiroshima y Nagasaki; o

Por desórdenes asociados con el servicio en la Guerra del Golfo; o

Por cualquier enfermedad asociada con el servicio en combate después de la Guerra del Golfo o durante un período de hostilidad después del 11 de noviembre de 1998; o

Veteranos 0% compensables "SC" (que reciben beneficios mensuales).

PRIORIDAD 7

Veteranos que estén de acuerdo en pagar co-pagos específicos cuando sus ingresos o valor neto estén sobre el límite económico ajustado del "Means Test" del VA y el ingreso esté bajo el índice geográfico de HUD.

- **Sub-prioridad a:** Veteranos con 0% "Service-Connected" que no reciben beneficios monetarios que se registraron en el Sistema de Cuidado de Salud del VA en una fecha especifica y quienes han permanecidos registrados.

- **Sub-Prioridad c**: Veteranos "Non-Service Connected" que se registraron en el Sistema de Cuidado de Salud del VA en o antes del 1ro de octubre del 1996 y que han permanecido registrados.

- **Sub-Prioridad e**: Veteranos 0% "Service-Connected" que no estén incluidos en la sub-prioridad anterior.

- **Sub-Prioridad g:** Veteranos "Non-Service Connected" que no reciben beneficios monetarios, no incluidos en la sub-prioridad c anterior.

PRIORIDAD 8

Veteranos que estén de acuerdo en pagar co-pagos específicos cuando su ingreso y/o valor neto esté sobre el límite económico ajustado del "Means Test" del VA y el índice geográfico de HUD.

- **Sub-Prioridad a:** Veteranos 0% "Service Connected" que no reciben beneficios monetarios y que estén registrados al 16 de enero del 2003 y que permanecen registrados.

- **Sub-Prioridad c**: Veteranos "Non-Service Connected" registrados al 16 de enero del 2003 y que han permanecidos registrados.

- **Sub-Prioridad e:** Veteranos 0% "Service-Connected" que no reciben beneficios monetarios y que hayan solicitado ser matriculados **después** del 16 de enero del 2003.

- **Sub-Prioridad g:** Veteranos "Non-Service Connected" y que están solicitando registro después del 16 de enero del 2003.

Los fondos para los niveles de prioridad pueden cambiar de año en año, dependiendo de la asignación de los fondos Congresionales. Si el VA no puede renovar su registro para el siguiente año, usted será notificado con 60 días de antelación a que expire su período de registro.

Al presente, cualquier veterano que se registre y que sea colocado en el Grupo de Prioridad 8g no puede recibir beneficios médicos del VA.

Preguntas Frecuentes Sobre Grupos de Prioridad

1.¿Por qué hay grupos de prioridad de registro? Los Grupos de Prioridad de registro fueron establecidos para asegurar que los servicios médicos del VA se ofrecen a los veteranos con las prioridades más altas de cuidado (por ejemplo: veteranos con incapacidades relacionadas al servicio militar o con niveles de ingresos bajos).

Los niveles de los fondos de prioridades pueden cambiar de año en año, dependiendo de los fondos asignados por el Congreso.

En ó antes del 1ro de agosto de cada año, el Secretario de Asuntos del Veterano anunciará cuales grupos de prioridad serán elegibles para ser registrados nuevamente el año siguiente.

El Secretario determinará cuáles grupos de registro son elegibles basados en la prioridad de los grupos.

2.¿Qué significa el término "Service-Connected"? El término "Service-Connected" se refiere a una condición o incapacidad que la Administración de Veteranos (Veterans Services Administration (VBA) ha determinado fue adquirida en, o agravada por, el servicio militar.

3.¿Soy "Service-Connected"-me da eso una prioridad más alta para entrar en el sistema de VA en la Florida? Sí, si usted es 50% o más "Service-Connected".

Programación y Citas

Las facilidades de la red del VISN 8 (Florida, el Sur de Georgia, Puerto Rico e Islas Vírgenes de los Estados Unidos) han experimentado un aumento récord en solicitudes para servicios médicos. Dado a ese rápido crecimiento, los pacientes nuevos a veces experimentan retrasos para recibir su primera cita.

A todos los veteranos clasificados con incapacidades relacionadas con el servicio militar de un 50% o más, se les concede prioridad en el acceso a cuidado primario y especialistas. Las citas para estos veteranos deben ser programadas dentro de los 30 días de su solicitud.

Preguntas frecuentes sobre coordinación de citas

1. ¿Por qué necesito un proveedor de cuidado primario (médico, asistente de médico o especialista clínico)? Usted será asignado a un proveedor de cuidado primario que será responsable de su cuidado. Esa persona trabajará con usted y el equipo de trabajo del VA, para proveerle cuidado médico, ordenar sus recetas y laboratorios y ayudar a promover su constante bienestar.

Es importante mantener a su proveedor de servicios médicos informado de cualquier cambio en su salud, y asegurarse de que ofrece información completa y precisa sobre su salud. Esto incluye cualquier enfermedad u operación que haya tenido en el pasado, las medicinas que está tomando, y otros asuntos sobre su salud.

Frecuentemente se le solicitará confirmar o poner al día la información que tenemos sobre usted en la computadora.

2. ¿Cómo puedo ver a un especialista? Su proveedor de cuidado primario lo referirá a un especialista de entenderlo necesario. Aunque todos en el VA están trabajando con tesón para examinar a los pacientes lo antes posible, los nuevos pacientes pueden experimentar demoras en la coordinación de citas a los especialistas debido a nuestro crecimiento.

Beneficios del VA

Cubierta de Benéficos Médicos

La cubierta de beneficios médicos será provista generalmente a todos los veteranos registrados sin importar su grupo de prioridad.

La ley exige que el VA le provea servicios de cuidado hospitalario y ambulatorio que sean definidos como "necesarios". El VA define "necesario" como cuidado o servicios que promuevan, preserven y restauren la salud. Esto incluye tratamiento, procedimientos, equipos o servicios. La decisión sobre necesidad estará basada en el juicio de su proveedor de cuidado médico de acuerdo a los estándares aceptados en la practica clínica.

Servicios incluidos bajo la Cubierta de Benéficos Médicos

Las siguientes tres categorías contienen un listado de servicios de cuidado de salud que son ofrecidos bajo la cubierta de benéficos médicos, un listado de algunos que no están cubiertos por el VA y un listado de otros servicios que se proveen con una autorización especial.

Cuidado Básico

1. Cuidado médico ambulatorio, quirúrgico y salud mental, incluyendo cuidado para el uso de sustancias.
2. Cuidado de salud hospitalario, médico, quirúrgico y cuidado de salud mental, incluyendo cuidado por uso de sustancias.
3. Medicamentos recetados, y aquellos que no requieren recetas, dispositivos y aditamentos médicos y quirúrgicos disponible bajo el sistema nacional de farmacia del VA.
4. Cuidado de emergencia en las facilidades del VA.
5. Cuidado de emergencia en facilidades que no son del VA bajo ciertas circunstancias: Este beneficio consiste de una red de seguridad para veteranos que requieren atención de emergencia para una incapacidad relacionada al servicio militar o veteranos registrados que no cuentan con otros recursos para pagar facturas por servicios de emergencias en una facilidad privada. Si otro proveedor de seguro médico paga toda o parte de la factura, el VA no puede ofrecer reembolso alguno. Para cualificar para el pago o reembolso por servicios de emergencia en una facilidad que no sea del VA por una incapacidad relacionada con el servicio militar, usted debe cumplir con todos los siguientes criterios:

    - Debe de ser por una emergencia médica.
    - El Departamento de Asuntos de Veteranos u otra facilidad federal no estuvieron disponibles en el momento del evento de emergencia.
    - La emergencia fue para una incapacidad relacionada con el servicio militar.
    - Usted está registrado en el Sistema de Cuidado Médico del VA.
    - Se le ha provisto cuidado médico por un clínico o proveedor del VA dentro de los últimos 24 meses.
    - Se le proveyó cuidado en el Departamento de Emergencia de un hospital o facilidad similar que provea cuidado de emergencia.
    - Usted no tiene otro seguro de salud.
    - Usted no está cubierto bajo Medicare, Medicaid o un programa estatal.
    - Usted no tiene cubierta bajo otro programa del VA.
    - Una persona con criterio razonable juzgaría que cualquier demora en atención médica pondría en peligro su salud o su vida.
    - Usted es responsable financieramente ante el proveedor del tratamiento provisto en la sala de emergencia
    - Usted no tiene otro recurso contractual o legal contra terceros que puedan pagar parte o el total de los gastos.

6. Consejería de aflicción o luto.
7. Servicios amplios de rehabilitación con excepción de servicios vocacionales.

8. Consultas, consejería profesional, entrenamiento y servicios de salud mental para los miembros de la familia inmediata o tutor del veterano.
9. Equipo médico durable y aditamentos prostéticos y ortóticos, incluyendo espejuelos y dispositivos auriculares.
10. Servicios de salud en el hogar.
11. Cirugía reconstructiva (plástica) requerida como resultado de una enfermedad o trauma que sea necesaria médicamente y que no consista en cirugía cosmética.
12. Respiro, hospicio y cuidado paliativo.
13. Pago de transportación a veteranos elegibles:

- A un veterano u otra persona viajando con relación al tratamiento de una incapacidad relacionada con el servicio militar.
- A un veterano con una incapacidad relacionada al servicio militar clasificada 30% o más, para el tratamiento de cualquier condición.
- A un veterano que recibe pensión del VA.
- A un veterano cuyo ingreso anual no exceda la tasa anual máxima de pensión, o que no es capaz de pagar el costo de su transportación.

14. Embarazo y servicios de parto hasta donde lo autoriza la ley.
15. Completar formularios.

Esta cubierta incluye el completar formas tales como el "Family Medical Leave Forms", solicitudes para seguros de vida, formularios del Departamento de Educación para excepciones de pagos de préstamos basados en incapacidad, y formularios de programas de incapacidad que no sean del VA a ser completados por profesionales de la salud basados en exámenes o conocimiento de la condición del veterano. Esto no incluye el completar formularios para exámenes si un tercero paga a profesionales de la salud por el examen pero no le paga al VA.

Cuidado Preventivo

1. Exámenes médicos periódicos
2. Educación de salud, incluyendo educación de nutrición.
3. Mantenimiento del uso de medicamentos, seguimiento y educación.
4. Salud mental y servicios preventivos de abuso de sustancias.

Servicios No-Incluidos Bajo la Cubierta de Beneficios de Salud

La Cubierta de Beneficios de Salud no incluye lo siguiente:

1. Abortos y consejería de abortos.
2. Fertilización "in-vitro".

3. Drogas, aditamentos biológicos y médicos no aprobados por el "Food and Drug Administration" a menos que la facilidad médica que ofrezca el tratamiento esté llevando a cabo pruebas clínicas formales bajo programas de índole investigativo.
4. Alteraciones de género
5. Cuidado de salud mientras el veterano es un paciente o recluso en una institución de otra agencia de gobierno si esa agencia tiene el deber de ofrecer los cuidados y los servicios.
6. Matrículas en "Spas" y clubes de salud ("Health Clubs").

Servicios con Cubierta Limitada

1. Veteranos del " Commonwealth Army" y los nuevos "Philippine Scouts" pueden recibir servicios dentro de la cubierta de Beneficios Médicos.
2. El veterano puede recibir ciertos tipos de servicios del VA no incluidos en la Cubierta de Beneficios Médicos, por los cuales puede que el individuo sea facturado, tales como cuidado de emergencia humanitaria, exámenes de compensación y pensión, cuidado dental (si es elegible), consejería de re-ajuste, cuidado como parte de un proyecto investigativo aprobado por el VA, perros guías, consejería, tratamiento de trauma sexual y exámenes para registro especial.
3. El veterano puede recibir un examen médico para determinar si esta catastróficamente incapacitado y por lo tanto es elegible a ser incluido en la prioridad 4.
4. Veteranos no registrados.

    - El veterano clasificado con una incapacidad relacionada al servicio militar en 50% o más recibirá servicios médicos en el VA.
    - El veterano que tiene una incapacidad relacionada con el servicio militar recibirá servicios médicos del VA por esa incapacidad ("Service-Connected").
    - El veterano que fue licenciado o eximido del servicio militar activo por una incapacidad incurrida o agravada en el cumplimiento del deber, recibirá servicios médicos por esa incapacidad por un período de 12 meses después de haber sido licenciado.
    - Cuando haya una necesidad médica urgente para completar un curso de tratamiento en el VA comenzado cuando el veterano estaba registrado en el Sistema de Cuidado de Salud del VA, el veterano recibirá el tratamiento.
    - El veterano que participe en el programa de rehabilitación del VA recibirá servicios de salud en el VA.
    - El veterano puede recibir servicios de salud del VA basado en factores ajenos de su situación como veterano. Por ejemplo el veterano que es paciente de un hospital privado y es referido por este hospital al VA para

una prueba diagnóstica bajo un contrato compartido; el veterano que es empleado del VA y es examinado para determinar capacidad física o mental para ejecutar labores oficiales; un retirado del Departamento de la Defensa bajo un acuerdo compartido.

- El veterano puede recibir servicios de salud del VA fuera de los Estados Unidos sin importar su ciudadanía, si es necesario para el tratamiento de una incapacidad relacionada con el servicio militar o cualquier problema médico asociado o que empeore una incapacidad relacionada con el servicio militar, o si el servicio ofrecido al veterano que participa en un programa de rehabilitación del VA.

Preguntas frecuentes sobre los beneficios de salud del VA

1. ¿Puedo traer mis recetas que no son del VA para que me las sirvan en el VA? No. Para recibir medicinas, el veterano debe estar registrado para cuidado médico y estar recibiendo tratamiento de un proveedor de salud del VA. Los proveedores de salud del VA son los que determinan cuales recetas usted necesita.

La ley no le permite a las farmacias del VA despachar recetas de proveedores de salud privados. Los proveedores de salud del VA no re-escriben recetas de médicos privados. Para recibir medicamentos del VA usted debe ser evaluado personalmente por un proveedor de la salud.

2.¿Puedo obtener medicamentos del VA sin ser evaluado por un médico del VA? No. Los medicamentos recetados necesitan seguimiento de un proveedor de la salud para asegurar que están funcionando como deben. Si su proveedor de salud del VA le receta, él o ella es responsable de verificar su reacción a esa medicina. Así es que para que usted pueda obtener sus medicamentos en el VA, usted debe recibir cuidado médico a través del VA.

Durante su primera visita, los medicamentos que esta tomando en ese momento (incluyendo medicamentos sin recetas, tales como aspirinas, tabletas para resfriados, medicinas naturales o vitaminas) serán evaluados por su equipo de trabajo para el cuidado de su salud. A veces, se escogerá un medicamento de re-emplazo por algunos de los que usted estaba tomando, ya que el VA debe usar medicamentos que normalmente tienen en inventario.

3. ¿Si estoy de vacaciones lejos de mi propia facilidad del VA, puedo obtener mis medicamentos en otra facilidad del VA? Usted puede obtener sus medicamentos a través de su propio centro médico preferido comunicándose con ellos y sometiendo un cambio de dirección temporero.

Las repeticiones de medicamentos deben obtenerse en su facilidad preferida. Sin embargo, si usted requiere recetas debido a una condición urgente o emergente, deberá ser evaluado por una clínica de cuidado de emergencias de un centro médico del VA o una sala de emergencias. Es importante aclarar que las clínicas ambulatorias satélites o las clínicas de comunidad del VA no proveen cuidado de sala de emergencia.

4.¿Que servicios médicos están disponibles a través del Sistema de Cuidado de Salud del VA?

- Drogas y fármacos-medicamentos que están cubiertos por el programa siempre y cuando hayan sido recetados por un proveedor de cuidado médico empleado o bajo contrato con el VA. Se requerirá a algunos veteranos a realizar co-pagos por sus recetas.
- Servicios preventivos, incluyendo vacunas, pruebas de detección temprana o educación de salud y clases de entrenamiento.
- Cuidado primario de la salud.
- Diagnóstico y tratamiento
- Cirugía, incluyendo la ambulatoria
- Salud mental y tratamientos de abuso de sustancias
- Cuidado de salud en el hogar
- Respiro, hospicio y cuidado paliativo
- Servicio de cuidado de urgencias.
- Servicio de emergencia limitado en algunas facilidades del VA.

5.¿Existen restricciones para obtener dispositivos auriculares y espejuelos? Los dispositivos auriculares y espejuelos usualmente requieren una incapacidad relacionada al servicio militar de 10% o más. También pueden proveerse a veteranos "Non-service connected" si su proveedor de salud entiende que son médicamente necesarios.

6.¿Hay exclusiones al cuidado de la salud a través del sistema del VA? Los Servicios del Cuidado de la Salud que normalmente no están cubiertos por el VA incluyen: abortos, membresía en clubes de salud o "Spas" para rehabilitación, servicios de enfermería privados y cambio de género.

Drogas, dispositivos y aditamentos médicos no aprobados por el "Food and Drug Administration" no están cubiertos, excepto bajo circunstancias especiales.

Si usted es un veterano registrado, puede ser elegible para algunos servicios que no son usualmente parte de los Beneficios del Cuidado de la Salud del VA. El Acta de Reforma de Elegibilidad del 1996 no cambió esos servicios - usted aún debe cualificar para ellos sobre la base de caso por caso y hay restricciones especiales que pueden aplicar en cada caso. Estos servicios incluyen:

- Cuidado limitado en casa de salud ("Nursing Home")
- Cuidado domiciliario limitado.
- Hospitalizaciones del VA o servicios de cuidado de la salud para veteranos con elegibilidad especial.
- Cuidado dental limitado
- Consejería de re-ajuste
- Cuidado de la salud diurno para adultos.
- Programas para deambulantes.
- Consejería de trauma sexual.

Elegibilidad Especial para Veteranos de Combate

Efectivo diciembre del 2002, el VA implantó políticas y procedimientos para proveer servicios de cuidado de salud gratuitos y cuidados en "Nursing Home" para veteranos de combate. El cuidado para estos veteranos será provisto por un período de 2 años comenzando en la fecha de licenciamiento del servicio militar activo.

Preguntas frecuentes sobre Veteranos de Combate

1.¿Quién es elegible para ese servicio? El servicio está disponible a los veteranos que sirvieron en servicio militar activo en operaciones de combate después de la Guerra del Golfo, o en combate contra una fuerza hostil después del 11 de noviembre del 1998.

2.¿Cómo ayuda a los veteranos estos servicios? Provee el cuidado médico necesario por 2 años a los veteranos que sirvieron en combate sin requerirle que hagan co-pagos por el cuidado médico que reciben. No tienen que proveer prueba de que su lesión o enfermedad fue causada por o agravada por el servicio militar.

3.¿Qué tipo de lesiones y enfermedades cubre esta directriz? El VA reconoce que muchas lesiones no son siempre obvias y que enfermedades difíciles de diagnosticar están frecuentemente asociadas al conflicto militar. Este beneficio cubre todas las enfermedades y lesiones excepto aquellas que claramente no tienen relación con el servicio militar como por ejemplo un catarro común, lesiones por accidentes ocurridas después del licenciamiento o desórdenes o enfermedades existentes antes de enlistarse en el servicio militar.

4.¿Cómo se diferencia esto de la política anterior? La diferencia es que estos veteranos serán provistos de cuidado médico gratuito inmediatamente de ser licenciados y por un período de 2 años. No tienen que probar que su lesión o enfermedad estaba

relacionada con el servicio militar ni demostrar que tienen un ingreso económico bajo o cumplir con otros requisitos de elegibilidad.

5.¿Están estos servicios limitados a cuidado en el hospital? No. La política incluye otros cuidados médicos apropiados y casa de salud también.

6.¿Establece el recibir cuidado prueba de una clasificación relacionada al servicio militar? No. El cuidado esta designado a cumplir con las necesidades de combate por 2 años luego de dejar el servicio activo. Se espera que durante ese tiempo las reclamaciones de compensación de los veteranos por estas lesiones, enfermedades o condiciones médicas se hayan procesado. Si las reclamaciones son aprobadas como relacionadas al servicio militar los veteranos serán situados en el grupo de prioridad correcto y continuarán recibiendo cuidados médicos sin co-pagos. Si la reclamación es denegada, aun podrán recibir cuidado médico, pero se le requiriera un co-pago por los servicios.

7.¿Incluye lo anterior a los miembros de la Guardia Nacional y la Fuerza de la Reserva? Sí. La política también aplica al personal de la Guardia Nacional y de la Reserva que han sido activados y sirvieron en combate o actuaron contra una fuerza hostil. Los miembros de la Guardia y la Reserva deben ser activados por una declaración federal, servir el período completo por el cual fueron llamados o activados, y ser licenciados o retirados bajo condiciones honorables.

8. ¿Cómo define el VA "hostilidades"? Hostilidades se definen como un conflicto en el cual los miembros de las fuerzas armadas están sujetos a peligros comparables a los que afrontarían durante un período de guerra.

9.¿Qué sucede con estos veteranos cuando terminan los 2 años? Luego de 2 años, su estado de co-pago dependerá de si su enfermedad, lesión o condición médica fue oficialmente relacionada como "Service-Connected" por el VA o si estos veteranos cualifican para el cuidado médico por otras razones. Una vez lo anterior se haya determinado, serán registrados en el grupo de prioridad apropiado para Cuidado de Salud del VA.

BENEFICIOS DE CUIDADO DENTAL

Los siguientes veteranos pueden recibir servicios dentales:

- Veteranos que son "service-connected" que reciben una compensación por sus condiciones o incapacidades dentales.
- Prisioneros de guerra cautivos por 90 días o más.

- Veteranos "Service-Connected" por sus condiciones dentales como resultado de heridas en el combate o lesiones durante el servicio, pero que no reciben compensación por sus condiciones dentales.
- Veteranos con condiciones dentales "Non-Service Connected" pero que el VA ha determinado que pueden agravarle una condición médica.
- Veteranos que tienen condiciones relacionadas con servicio militar de 100% o 60% "Service-Connected" con una incapacidad total o permanente.
- Veteranos que participan en un programa de rehabilitación vocacional

El cuidado dental ambulatorio que provee el VA incluye exámenes y ciertos procedimientos para los veteranos elegibles. Algunos veteranos que reciben cuidado dental pueden ser facturados por el co-pago correspondiente si sus ingresos exceden el limite económico ajustado.

Los veteranos pueden recibir tratamiento dental si una de las siguientes condiciones aplican:

- Si el veterano tiene una condición dental relacionada con el servicio militar y no recibe beneficios monetarios por ella; o
- Si prueba que la condición dental existía al momento del licenciamiento; o
- Si el veterano sirvió como militar en servicio activo por lo menos 180 días (o 90 días durante la Era de la Guerra del Golfo Pérsico) y
- Si el veterano solicita cuidado dental del VA dentro de los 90 días de su licenciamiento o exención de servicio militar activo y el certificado de licenciamiento no incluye certificación al efecto de que todo el tratamiento dental apropiado le fue ofrecido antes de su licenciamiento.

Beneficios de los Dependientes

Generalmente, los familiares de los veteranos no se pueden atender. Sin embargo, ciertos cónyuges e hijos de un veterano clasificado 100% incapacitado total y permanente por una condición relacionada con el servicio militar pueden ser elegibles para cuidado específico bajo el "Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs (CHAMPVA). CHAMPVA provee reembolso para la mayoría de los gastos médicos (por ejemplo: hospitalarios, ambulatorios, salud mental, medicamentos recetados, cuidado diestro de enfermería y equipo médico durable).

Para ser elegible a CHAMPVA, un individuo no puede ser elegible para TRICARE (el programa médico para los dependientes civiles de militares retirados o en el servicio activo que provee el Departamento de la Defensa (DOD) que anteriormente se llamaba

CHAMPUS), que debe ser uno de los siguientes:

- El cónyuge o hijo (a) de un veterano a quien el VA ha clasificado como 100% permanente y totalmente incapacitado por una condición relacionada al servicio militar o
- El cónyuge superviviente o hijo (a) de un veterano que murió de una incapacidad clasificado por el VA como relacionada al servicio militar, o quien, en el momento de su muerte, estaba clasificado como 100% permanente y totalmente incapacitado; o
- El cónyuge superviviente o hijo (a) de un miembro del servicio militar que murió en el desempeño de su deber, no debido a conducta inapropiada. En la mayoría de estos casos, estos familiares son elegibles para TRICARE, no CHAMPVA.

Si usted tiene preguntas, comuníquese con su coordinador local de CHAMPVA en el Centro Médico del VA más cercano. También puede comunicarse con el VA Health Administration Center (HAC) al 1-800-733-8387, o por fax al 1-303-331-7804. Puede además, visitar su página cibernética (www.va.gov./HAC) para más información.

Cuidado De Emergencias En Facilidades Que No Son Del VA

Ahora se ofrecen a más veteranos beneficios de cuidado de emergencia fuera del VA.

Recientemente, el Congreso proveyó al VA nueva autoridad para pagar cuidado de emergencia en FACILIDADES QUE NO SON DEL VA para ciertos veteranos registrados en el Sistema de Cuidado de Salud del VA. Este nuevo beneficio pagará por cuidado de emergencia para condiciones no relacionadas al servicio militar a veteranos registrados que no tienen otros recursos para pagar por el cuidado.

Requisitos Para El Pago De Servicios Médicos De Emergencia

Este beneficio consiste en una red de seguridad para veteranos registrados que no tienen recursos económicos para pagar la factura en una sala de emergencia privada. Si otro proveedor de seguro de salud paga toda o parte de la factura el VA no puede proveer reembolso alguno. Para cualificar, el veterano debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe estar matriculado en el Sistema de Cuidado de Salud del VA.

- Debe habérsele provisto cuidado médico por un clínico o proveedor del VA en los últimos 24 meses.
- Debe haber recibido cuidado en un Departamento de Emergencias que no sea del VA o facilidad similar que provee cuidado de emergencia.
- No debe tener ningún otro plan médico.
- No debe tener Medicare, Medicaid o un programa estatal.
- No debe estar cubierto bajo ningún otro programa del VA.
- Las facilidades del Departamento de Asuntos del Veterano u otras facilidades federales no estaban disponibles en el momento del evento de emergencia.
- Una persona con criterio prudente y razonable juzgaría que cualquier demora en recibir atención médica pondría en riesgo su salud o su vida.
- Usted es responsable económicamente por el tratamiento de emergencia provisto por el proveedor de ese servicio.
- Usted no debe tener otro recurso ya sea contractual o legal contra un tercero que seria el responsable de pagar toda o parte de dicha factura.

Preguntas Frecuentes Sobre los Beneficios de Cuidado de Emergencia

1.¿Debo cancelar mi seguro médico actual para cumplir con los requisitos anteriormente expuestos? Si usted está cubierto por un programa o plan que pagaría por el cuidado de emergencia recibido, no cualifica para este nuevo beneficio. Sin embargo, VA le exhorta a mantener todo seguro de salud. Debe recordar que los cónyuges de veteranos generalmente no cualifican para cuidado de la salud del VA. De usted cancelar su seguro actual, puede que su cónyuge no retenga su cubierta de salud. Si ya usted esta cubierto por el Medicare Parte B y decide cancelarlo, no podrá ser reinstalado hasta el mes de enero del año siguiente.

2. ¿Qué tipos de servicios de emergencia cubriría el VA? El VA reembolsará a los proveedores de salud por todos los servicios necesarios para tratar su condición hasta que usted pueda ser transferido a una facilidad de cuidado de salud del VA aprobada.

3.¿Necesito obtener aprobación antes de acudir a una sala de emergencia? No. Si usted es un veterano elegible y cree que su salud o su vida están en peligro inmediato, acuda directamente a la Sala de Emergencias más cercana. Usted, su representante, o la facilidad que lo esté atendiendo debe entonces comunicarse con el VA más cercano lo antes posible, dentro de 48 horas, para gestionar una transferencia al VA si se requiere hospitalización.

4.¿Cuánto tiempo estaré en el hospital privado? Si usted es hospitalizado, el VA estará en contacto regular con su médico en el hospital privado. Tan pronto su condición se estabilice, el VA hará los arreglos para transportarle al VA o a una facilidad designada por el VA.

5. ¿Y si no quiero irme de la facilidad privada? El VA pagará por su servicio de cuidado de emergencia en una facilidad privada solamente hasta que usted pueda ser transferido a una facilidad de cuidado de la salud del VA aprobada. Si usted escoge permanecer en la institución privada más allá del momento que se le indica que puede ser transferido, usted será responsable por todos los costos de su cuidado médico.

6.¿Tendré que pagar la transportación hacia la facilidad designada por el VA? El VA le ayudará con los arreglos de transportación y puede que pague por estos gastos. Comuníquese con su facilidad del VA local para las directrices vigentes.

7.¿Qué sucede si el hospital me factura por servicios? Si usted es facturado por servicios de cuidado de emergencia, comuníquese con su VA local y un representante le ayudará a resolver el asunto.

8.¿Y si mi reclamación es denegada? Comuníquese con su facilidad de cuidado de salud del VA para los procedimientos a seguir.

Beneficios de Cuidado Extendido del VA

El VA tiene beneficios extendidos que pueden incluir:

- Cuidados en casa de salud ("Nursing Home").
- Cuidado domiciliario.
- Cuidado de salud diurno para adultos.
- Evaluación geriátrica
- Cuidado de respiro

Este cuidado es ofrecido en las facilidades del VA o en la comunidad. La meta del VA en ayudar a los veteranos a mantener su salud permaneciendo en sus hogares, en el ambiente menos restricto posible.

El VA está comprometido a proveer un plan de tratamiento personal para el veterano que es elegible para cuidado extendido. El cuidado puede ser provisto en una facilidad del VA, a través de servicios de salud contratados por el VA o mediante un referido a un proveedor de la comunidad sufragado por el veterano. El VA estimula a los veteranos a mantener sus seguros privados, aunque estén registrados en el VA y sean elegibles para beneficios de cuidado de salud extendido.

Preguntas frecuentes sobre Cuidado Extendido

1.¿Qué es Cuidado Extendido (Long-Term Care "LTC")? El Cuidado Extendido es provisto al veterano, tales como cuidado de la salud diurno para adultos, cuidado domiciliario, cuidado geriátrico, cuidado en casa de salud ("Nursing Homes") y cuidado de respiro. Para recibir LTC usted debe llenar el formulario "VA Form 10-10 EC, Application for Extended Care Services" (Vea las preguntas siguientes para más información).

2.¿Qué tipo de información se requiere para completar el formulario del VA 10-10EC? Para completar la forma, necesitará recopilar la siguiente información:

- Ingreso bruto actual de usted y su esposa (incluyendo, pero no limitado a salario, bonos, indemnización por despido, intereses /dividendos, compensaciones a trabajadores, herencias y pagos por manutención).
- El valor de los activos fijos, tales como residencias, fincas, vehículos, excepto cualquier gravamen o hipoteca.
- El valor de activos líquido, tales como efectivo, cuentas de retiro, valores en la bolsa, bonos, artículos de colección, artes.
- Gastos mensuales actuales tales como renta/hipoteca, pago de automóvil, comestibles, educación, impuestos y seguros.

3.¿Quién cualifica para cuidado de en casa de salud "Nursing Home" sin costo alguno? Cualquier veterano que tenga una incapacidad relacionada al servicio militar de 70% o más cualifica para cuidado en casa de salud "Nursing Home" sin costo. Los veteranos cuyas incapacidades relacionadas con el servicio militar han determinado clínicamente que requieren cuidado en casa de salud, también cualifican. El cuidado será provisto en una casa de salud del VA o una bajo contrato.

4.¿Qué es una casa de salud bajo contrato? Una casa de salud de la comunidad que es pagada por el VA para proveerle servicios médicos.

5.¿Qué sucede con un veterano que necesita cuidado en una casa de salud pero no llena los requisitos anteriores? Puede que el VA le provea cuidado en casa de salud a esos veteranos si el espacio y los recursos están disponibles. Los veteranos que tienen incapacidades relacionadas al servicio militar tienen prioridad para cuidados en la casa de salud. Comuníquese con su facilidad de Cuidado de la Salud del VA más cercana para obtener información más reciente.

Los veteranos "Non-Service Connected" o "0% Service-Connected" que no están recibiendo beneficios económicos que requieran cuidados en casa de salud por cualquier

incapacidad no relacionada al servicio militar deben completar una evaluación de ingresos y activos para determinar si se les facturará por el cuidado en casa de salud.

6. ¿Si deseo ir a una casa de salud privada, pagará el VA por ella? En la mayoría de los casos, el VA no pagará. El VA puede pagar por cuidado solamente en una casa de salud que participe en su programa por contrato. Alrededor del 10% de las casas de salud del país tienen contrato con el VA. Además, la mayoría de los veteranos no son elegibles al acomodo directo en casas de salud privadas.

7.¿Puedo ser transferido de una casa de salud del VA sin mi consentimiento? No. Si usted está en una casa de salud del VA y continúa teniendo una necesidad médica para cuidado en una casa de salud, no será transferido de la facilidad sin su consentimiento, en caso de que usted no pueda proveer un consentimiento informado, lo hará su representante por usted.

8.¿Qué es cuidado domiciliario? El cuidado domiciliario provee cuidado de mantenimiento de la salud de rehabilitación a largo plazo, para veteranos que requieren cierto cuidado médico, pero que no requieren todos los servicios que se proveen en las casas de salud. El cuidado domiciliario enfatiza la rehabilitación y la integración a la comunidad.

9.¿Quién es elegible para cuidado domiciliario? El VA puede proveer cuidado domiciliario a veteranos cuyos ingresos anuales no excedan la tasa anual máxima de la pensión del VA o a veteranos que el VA determina que no tienen recursos de sustento adecuados. Comuníquese con la facilidad de beneficios o cuidado de la salud más cercana para obtener la más reciente información.

10.¿Que es el cuidado diurno de salud para adultos? El programa de salud diurno para adultos es un programa terapéutico de cuidado diurno que provee servicios médicos y de rehabilitación en un ambiente de grupo a veteranos incapacitados.

11.¿Quién es elegible para cuidado diurno de salud para adultos? El cuidado diurno de salud para adultos (Adult Day Health Care (ADHC)) es parte de los beneficios básicos uniformes. Usted necesita estar matriculado en el VA para recibir cuidado médico y cumplir con los criterios clínicos de admisión de ADHC.

12.¿Qué es una evaluación geriátrica? La especialidad geriátrica se enfoca en el cuidado de personas mayores. Una evaluación geriátrica es una amplia y comprensiva evaluación de la habilidad del veterano para cuidarse a si mismo, su salud física y ambiente social, lo que conduce a un plan de cuidado. Ese plan puede incluir tratamiento, rehabilitación, promoción de la salud y servicios sociales. Esas evaluaciones son realizadas en unidades de Evaluación y Administración Geriátricas, (“Geriatric

Evaluation and Management" (GEM) Units"), Clínicas GEM, Clínicas Primarias de Geriatría y otros lugares ambulatorios.

13.¿Qué es cuidado de respiro? El cuidado de respiro provee cuidado de apoyo a veteranos sobre la base de períodos cortos para ofrecerle a la persona que le cuida principalmente un período de descanso planificado por el esfuerzo intenso asociado con el cuidado diario al veterano. El cuidado de respiro puede ser provisto en el hogar o en otro lugar no institucional.

14.¿Qué hay del hospicio-cuidado paliativo? El programa de hospicio / cuidado paliativo ofrece servicios de manejo del dolor, control de síntomas y otros servicios médicos a veteranos con enfermedades terminales o en etapas finales de una enfermedad crónica así como consejería de duelo y cuidado de respiro a sus familiares.

Para mas información sobre su elegibilidad para este beneficio llame libre de cargos: 1-877-222-VETS (877-222-8387) u obtenga información en el Internet en www.va.gov/elig.

SEGUROS MEDICOS

Usted puede preguntarse la razón para tener una cubierta de seguro privado. Lo que a continuación se indica, le ayudará a entender la importancia de proveer esa información. Usted será interrogado sobre información de seguros cuando acuda a tratamiento. Puede que también le llamemos a su hogar.

Preguntas Frecuentes sobre Seguro

1.¿Por qué el VA quiere información sobre mi seguro? Por ley, el VA debe facturar a los proveedores de seguro por cuidado médico no relacionado al servicio militar. Si usted tiene un seguro, necesitamos saberlo para poder hacer una reclamación. Nunca hay cargos por tratar condiciones relacionadas con el servicio militar.

2. ¿Por qué tengo que dar la tarjeta de seguro todas las veces? Necesitamos la información mas actualizada sobre su seguro para poder facturar correctamente la reclamación.

3.¿Debo cancelar mi seguro actual? El VA enfáticamente desalienta dejar sin efectos las pólizas de seguro que actualmente usted tiene. Cada año, el Secretario de Asuntos del Veterano decide que grupos de prioridad recibirán servicios médicos, dependiendo de cuanto dinero reciba el VA del Congreso. Si el VA necesita reducir o limitar su cuidado médico, usted puede hacer uso de su cubierta privada de seguro.

De usted no ser elegible para pagos del VA por cuidado de emergencia u hospitalización, su seguro privado puede ayudarlo con el pago de esa facturación.

Algunas compañías de seguro pagan los co-pagos que puedan surgir como su responsabilidad. Los pagos de seguros recobrados por el VA son utilizados para pagar todos o parte del co-pago dependiendo de su cantidad. El veterano es responsable de pagar por el balance.

4.¿Qué sucede si estoy cubierto por el seguro de mi cónyuge? Si usted está cubierto por el seguro de su esposa o cualquier otra persona, se solicitará que provea una copia de la póliza de esa persona. Tenemos que facturar aunque el seguro este bajo su nombre, su cónyuge o su tutor.

5. Me siento incómodo al dar información sobre mi seguro. Si ustedes hacen una reclamación, ¿cómo afectará esto a mi seguro? No afectará a su seguro en absoluto. Lo que usted paga por su seguro no cambiará. Su compañía de seguro espera ser facturada por el cuidado de salud que usted recibe.

6.¿Puede el VA facturarle a Medicare? No. Medicare no puede ser facturada por otra agencia del Gobierno incluyendo al VA.

7.¿Afectará mi elegibilidad al establecer una reclamación? En nada su reclamación afecta su elegibilidad.

8.¿Adónde va el dinero cuando ustedes hacen una reclamación por mí y mí compañía de seguro le paga al VA? Todo el dinero recobrado va directamente a su facilidad del VA local. El dinero es utilizado para establecer mas clínicas, compra de equipo y contratar personal para cumplir con sus necesidades

9.¿No le da el Congreso al VA todo el dinero que necesita para operar? No. El Congreso espera que el VA obtenga dinero de seguros de salud y co-pagos para el tratamiento de condiciones no relacionadas con el servicio militar. Esa es una de las razones por la cual aprobaron la ley que requiere que el VA le cobre a los seguros médicos por condiciones no relacionadas al servicio militar. Ese dinero es parte del presupuesto del VA .

10.¿Si tengo preguntas adicionales, que debo hacer? Usted puede llamar al Centro de Ayuda al Cliente (“Customer Call Center”) al 1-888-489-3645.

Co-Pagos en Breve

Cuidado Hospitalario

Puede que usted tenga que pagar co-pagos por cuidado como paciente hospitalizado si usted:

- Es un veterano "Non-Service Connected" y no se le paga por sus incapacidades relacionadas al servicio militar (excepto veteranos de la Segunda Guerra, Prisioneros de Guerra, Veteranos con el Corazón Púrpura y Veteranos que están recibiendo cuidado para condiciones de elegibilidad especial tales como agente naranja, radiación ionizante, exposición al ambiente, trauma sexual militar, etc. y
- Tiene un ingreso sobre $24,645 si es soltero, $29,577 si es casado más $1,653 por cada dependiente adicional y sobre el índice económico ajustado ("Means Test") o
- Tiene un ingreso que es bajo el índice económico ajustado del VA y valor neto (activos) que exceden $80,000.

Cantidad de Co-Pago

- Co-Pago hospitalización total:
    - $10 por cada día de cuidado, más:
    - $840.00 (el deducible de Medicare) por los primeros 90 días de cuidado y $420.00 por cada período adicional de 90 días de cuidado. Esta cantidad varía anualmente.
        - Co-Pago reducido basado en el "Geographic Means Test":
            - $2.00por cada día de cuidado, más
            - $168.00 (el deducible de Medicare) por los primeros 90 días de cuidado y $84.00 por los siguientes períodos de 90 días de cuidado. Esta cantidad varía anualmente.

Cuidado Ambulatorio

Si usted tiene que pagar co-pago como paciente hospitalizado (según detallado arriba), entonces tendrá que pagar los siguientes co-pagos ambulatorios:

- $15.00 por cada visita ambulatoria de cuidado básico (cuidado básico es una visita a su proveedor de cuidado primario o a otro miembro del equipo de cuidado primario). Estas visitas no requieren referido.

- $50.00 por cada visita ambulatoria especializada (cuidado especializado es una visita a una clínica que no provee cuidado primario y donde los pacientes se atienden únicamente por referido). Algunos ejemplos de servicios especializados son: servicios quirúrgicos, audiología, oftalmología, cardiología, etc.)
- $0 por cernimientos preventivos, vacunas, prueba de laboratorios, radiología básica, y EKG's cuando el médico no tiene que estar presente durante el examen.

Preguntas frecuentes sobre el co-pago

1. **¿Por qué hay co-pagos ambulatorios?** Es requisito de ley que el VA cobre co-pagos a los veteranos en ciertos grupos de prioridad, como parte de sus visitas ambulatorias.

2. **¿Cuántos cargos de co-pagos tendré en un día?** Si usted tiene más de 1 visita a cuidado primario en un día y ninguna visita a cuidado especializado ese mismo día, sólo se facturará un co-pago ($15.00). Si usted tiene una o más visitas a cuidado primario y una o más visitas a las clínicas de cuidado especializado en el mismo día, se le facturará solamente el co-pago de una visita de especialidad ($50.00).

3. **¿Cubrirá mi seguro médico mi cargo de co-pago?** Los pagos recibidos de las compañías de seguros pueden ser utilizados contra su deuda de co-pagos. En algunos casos, su deuda de co-pagos puede ser parcial o totalmente cubierta por su compañía de seguros.

   Cuando la compañía de seguros no le paga al VA por los servicios de cuidado de salud previsto, usted es responsable por pagar el co-pago.

4. **¿Cómo sabré lo que debo?** Estados mensuales le serán enviados con un listado de sus cargos corrientes incluyendo intereses y cargos administrativos (cargos por demora), pagos y balances descubiertos. Para evitar intereses y cargos administrativos, los pagos deben ser hechos antes del próximo estado mensual. Pague mediante cheque o giro postal. No envíe efectivo por correo.
   La dirección nacional de pagos está impresa en el estado de cuenta mensual.

Medicamentos

Veteranos en el grupo prioritario 1 (50-100% de incapacidad conectada con el servicio militar) están exentos de todos los co-pagos por medicamentos. Veteranos en los grupos prioritarios del 2 al 8 deben hacer co-pagos cuando reciben medicamentos del VA en bases ambulatorias para tratamientos de enfermedades no relacionadas con el servicio militar. No hay co-pagos de medicamentos para:

- Veteranos que están recibiendo pensión del VA por condiciones no-relacionas al servicio militar.
- Veteranos con un ingreso menos de $9,690, o
- Veteranos recibiendo cuidado médico por condiciones relacionadas a una elegibilidad especial tales como: agente naranja, radiación ionizante, exposición ambiental, y a trauma sexual militar, etc.

Cantidad del co-pago

- $7.00 por cada 30 días de suplido de medicamentos, incluyendo medicamentos despachados sin recetas "over the-counter medications". Por ejemplo, un suplido de medicamentos por 90 días costaría $21.00.
- Usted no tendrá que pagar más de $840.00 por año calendario. Los veteranos que hayan pagado el máximo de $840.00 por año calendario continuarán recibiendo sus medicamentos sin tener que hacer subsiguientes pagos durante el año calendario. Al presente, no hay límite de co-pagos para los grupos prioritarios 7 y 8.

La mayoría de los pacientes encuentran que es más económico comprar medicamentos tales como vitaminas y aspirinas en sus farmacias locales.

Preguntas frecuentes sobre co-pagos para medicamentos

1.¿Qué es un co-pago de medicamento? El VA cobra un co-pago por cada 30 días o menos de medicamentos provistos en una base ambulatoria para el tratamiento de condiciones no relacionadas con el servicio militar. Para el año 2003 la cantidad por concepto de co-pagos es de $7.00.

2.¿Por qué a los veteranos se les requiere hacer co-pagos por los medicamentos? Por ley, el VA debe cobrar co-pagos a los veteranos por sus medicamentos ambulatorios para condiciones no relacionadas al servicio militar.

3.¿Qué cubre el co-pago de medicamentos? El co-pago de medicamentos aplica a todas las medicinas que la farmacia del VA suple, incluyendo aspirinas, syrup para la tos, vitaminas, etc. A usted no se le cobra por suplidos médicos tales como jeringuillas, algodones de alcohol pre-empacados, etc.

4.¿Qué sucede si no puedo pagar el co-pago de medicamentos? Usted puede solicitar una excepción del co-pago de medicamentos basado en bajos ingresos:

- Para tener derecho a la excepción por bajo ingresos, el veterano debe estar de acuerdo en proveer al VA información adicional sobre sus ingresos. El VA compara sus ingresos con el límite establecido anualmente por ley. Si sus ingresos están bajo este limite, usted está exento del co-pago por medicamentos. Si su promedio de ingresos es mayor que el límite usted no estará exento.
- En adición, algunos veteranos con dificultades económicas a corto plazo podrían ser elegibles para un programa de re-pago por la deuda del co-pago y/o una excepción del co-pago. Para obtener información adicional relacionado al programa de excepción de co-pago, favor de acudir al Oficial Fiscal o al Coordinador de Ingresos en su facilidad de cuidado de salud del VA.

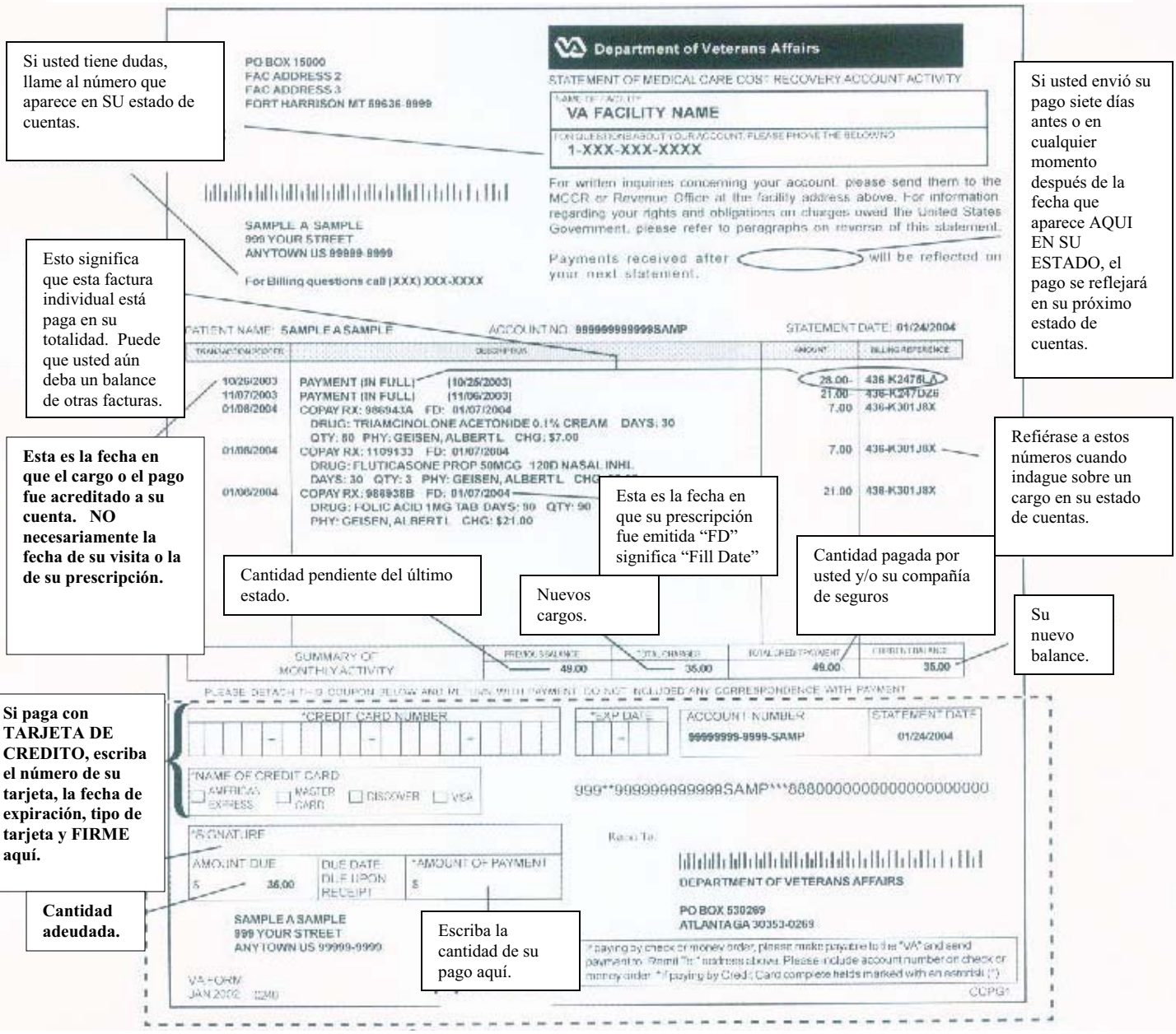
5.¿Cambiará en algún momento la cantidad el del co-pago y el límite máximo anual del co-pago? El monto del co-pago anual de medicamentos y el límite máximo podría variar anualmente.

6.¿Quién decide si los medicamentos están relacionados o no a su tratamiento por una condición no conectada al servicio militar? Su proveedor en el VA decidirá.

VA HEALTH CARE

Cómo Entender su Estado de Cuentas del VA

Este estado de cuentas es un ejemplo del estado que recibirá mensualmente y la información que contiene. Por favor, tómese un momento para revisarlo y manténgalo a mano para referencia futura.



Revisado: 9 de Julio de 2004

Servicios de Cuidado Medico Extendido (Long Term Care Services)

Los veteranos a quienes se les requiere este co-pago deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Veteranos no conectados al servicio militar y veteranos a quienes no se les paga por sus incapacidades conectadas con el servicio que son tratados por incapacidades no conectadas con el servicio militar, e
- Ingresos mayores de $9,690, y
- Tienen (en unión a su cónyuge) capacidad para pagar el co-pago. Esto está basado en sus bienes, ingresos, y deduciendo sus gastos por hipotecas, pagos de automóviles, seguros, contribuciones, facturas médicas, y una subvención ("allowance") de $20.00 diarios al veterano y otra subvención de $20.00 diarios al cónyuge.

Cantidad del co-pago

- El VA no requiere co-pago por los primeros 21 días de servicios médicos extendidos en cualquier período de 12 meses. El período de 12 meses empieza en la fecha en que el VA por primera vez proveyó servicios extendidos al veterano. Con posterioridad a este período el co-pago será:
    - Hasta $97.00 por cada día de cuido en un "Nursing Home".
    - Hasta $15.00 por cada día de cuidado de salud diurno para adultos ("Adult Health Day Care").
    - Hasta $5.00 por cada día de cuidado domiciliario.
    - Hasta $97.00 por cada día de cuido en el programa de respiro institucional.
    - Hasta $15.00 por cada día de cuido en el programa de respiro no institucional.
    - Hasta $97.00 por cada día de una evaluación a nivel institucional de geriatría.
    - Hasta $15.00 por cada día para una evaluación de geriatría a nivel ambulatorio.
        - ❖ El co-pago actual variará de veterano en veterano y está basado en la información financiera que el veterano provee al VA.

Nota: El ingreso y las cantidades de co-pago antes indicadas pueden variar anualmente. Estas cantidades son aplicables al año calendario 2003.

Preguntas más frecuentes sobre el co-pago de cuidado extendido

1.¿Estoy en la obligación de hacer co-pagos para servicios de cuidado extendido? Veteranos que reciben pagos de incapacidad por condiciones relacionadas con el servicio militar están exentos del co-pago por servicios de salud extendidos. Veteranos con condiciones no relacionadas con el servicio militar y veteranos que no reciben paga por sus incapacidades relacionadas con el servicio podrían ser requeridos a llenar la forma de VA 10-10EC, "Application for Extended Care Services", que es una medida de los ingresos corrientes y bienes de su núcleo familiar.

2.¿Qué son los co-pagos por servicios médicos extendidos? El máximo de co-pago aplicable por recibir servicios extendidos son:

- Casa de salud ("Nursing Home"), evaluaciones geriátricas a nivel hospitalario, respiro a nivel hospitalario: $97.00 diarios
- Cuidado médico en el "Adult Day Health Care", evaluación geriátrica a nivel ambulatorio, respiro a nivel ambulatorio: $5.00
- Cuidado domiciliario: $5.00

Sin embargo, la cantidad del co-pago variará de veterano a veterano y son basadas en la información financiera actual sometida en el formulario del VA 10-10EC.

3.¿Cómo sabré cuál será mi co-pago por cuidado extendido?. El (la) Trabajador (a) Social o el Manejador de Casos involucrado en su cuidado extendido le proveerá un estimado de las cantidades de su pago mensual por los próximos 12 meses de cuidado extendido.

Preguntas adicionales relacionadas a los Co-Pagos de Cuidados Médicos en el VA

1. ¿Cómo pago mis co-pagos? Le exhortamos a pagar todos sus co-pagos antes de salir de la facilidad.. Usted puede pagar en la ventanilla de la oficina de "Cobros" en un centro médico del VA.

Si usted no puede pagar a la fecha en que le prestan los servicios, le será establecida una cuenta y usted será facturado mensualmente. Para evitar intereses y cargos administrativos usted deberá pagar antes de su próxima factura mensual.

Usted puede enviar su co-pago por correo a la Unidad Procesadora Central de Atlanta, Georgia (Centralized Processing Unit).

Favor de no enviar solicitudes de repeticiones de medicamentos con su pago. Si lo hace, su repetición se demorará.

2. ¿Qué sucede si no puedo pagar estos cargos de co-pagos? Trabajando con un empleado de la Oficina de Negocios, usted puede desarrollar un plan de re-pago para pagar la cantidad establecida cada mes hasta que cubra el balance pendiente.

Usted puede solicitar ser diferido de efectuar dichos pagos por circunstancias especiales, tales como la pérdida de su empleo. Si es aprobado, usted podrá recibir una cancelación de la deuda por una sola vez. No existe un mecanismo para diferir el pago de medicamentos. El diferir pagos es solamente para co-pagos de cuidado médico recibido.

3.¿Qué sucede si no pago mis cargos de co-pago? El Congreso aprobó una Ley indicativa de que si el veterano debe más de $25.00 y la deuda tiene sobre 120 días de atraso, el VA debe informarlo al Departamento de Tesorería de los Estados Unidos. El Centro de Manejo de Deuda y el "Top Weekly Offset Listings Service Organizations" están autorizadas a cobrar deudas de su cheque de reembolso de Rentas Internas Federal, de los cheques de Retiro Federal de los pagos de Seguro Social o cualquier otro pago de incapacidad que usted reciba de varias fuentes.

4. ¿Por qué tengo que proveer al VA tanto mis ingresos como la información de mis dependientes? El VA utiliza esa información para determinar si se le va a requerir al veterano co-pagos por cuidados y/ por medicamentos recetados que reciba. Si usted rehúsa proveer esa información podrá ser responsable por la cantidad total de la deuda.

###